

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

474

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcu VECHSLER

Né le 14 février 1908 à Bolosani (Roumanie)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
des Ligatures veineuses dans les
Phlébites Utéro-Pelviennes
suppurées**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcu VECHSLER

Né le 14 février 1908 à Botosani (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE des Ligatures veineuses dans les Phlébites Utero-Pelviennes suppurées

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROUL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENI.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEIOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Patholog. chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
TROISIER	Pathol. expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	Clinique obstétricale.
SÉZARY	

MM.

BASSET	Clinique chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	Clinique obstétricale.
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA GRAND'MÈRE

Sage-Femme

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*En témoignage de vive reconnaissance et
très profonde affection.*

A MA SOEUR ET MES FRÈRES

A MA BELLE-SOEUR ET BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la présidence de
cette thèse.
Hommage de ma profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Chargé de Cours de Clinique annexe
Accoucheur de Lariboisière

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse, nous a guidé et aidé de ses
conseils et dans son service nous a reçu
d'une façon si bienveillante et permis de
suivre son enseignement.
Hommage de notre vive gratitude et de no-
tre respectueuse affection.*

AU DOCTEUR J. RAVINA

*Remerciements chaleureux pour toutes les
indications qu'il a bien voulu nous don-
ner.*

A MES MAITRES DES FACULTÉS

DE PARIS ET DE NANCY

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Le sujet que je me propose n'est pas nouveau. Il a été traité magistralement avant nous depuis 1912 à la suite d'un rapport à la Société Obstétricale de France par M. le Professeur Jeannin, Vanverts et Paucot, et dans la thèse inaugurale de Vaney.

Avec MM. le Docteur Devraigne et le Docteur J. Ravina, nous avons eu à traiter à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière un cas qui nous a paru intéressant par ses manifestations cliniques et son évolution avant et après l'intervention chirurgicale.

Nous apportons avant toute la publication d'un cas qui nous permettra de revenir sur les études faites avant nous, car je me propose de faire, dans une première partie, l'étude anatomo-clinique des phlébites pelviennes post-puerpérales suppurées et dans une deuxième le traitement de ces formes anatomo-cliniques.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

Il existe dans les suites de couches une catégorie de phlébites souvent méconnues à cause de leur symptomatologie parfois fruste ou en tout cas telle qu'elle n'attire pas d'emblée l'attention sur le système veineux. Des lésions associées, localisées à la zone génitale, ou généralisées, tiennent souvent le premier plan du tableau clinique et masquent plus ou moins complètement les symptômes se rapportant à ces lésions. Ces phlébites utéro-pelviennes suppurées, plus fréquentes qu'on ne le croit, et dont la gravité est considérable puisqu'elles aboutissent le plus souvent aux embolies, à la pyohémie, à la septicémie et à la mort, ne présentent qu'une, parmi les multiples catégories des phlébites puerpérales.

Nous laisserons volontairement de côté les phlébites localisées à distance de la zone génitale, le plus souvent sur les membres inférieurs (phlegmatia alba dolens), les phlébites aseptiques et infec-

tieuses simples des suites de couches, pour nous occuper ici uniquement de la phlébite utéro-pelvienne puerpérale suppurée.

L'étude des phlébites utéro-pelviennes remonte à la fin du siècle dernier et Hervieux et Siredey, entr'autres, lui consacrent d'importants chapitres dans leurs ouvrages respectifs.

Mais ce n'est qu'en 1912 que M. Jeannin, Van Verts et Paucot feront des phlébites utéro-pelviennes une entité anatomo-clinique, une affection locale, comportant un cortège symptomatique et susceptible d'être combattu par la thérapeutique chirurgicale.

MM. Lequeux et Chomé, au Congrès de la Fièvre puerpérale, tenu à Strasbourg, en 1923, dans une communication intitulée « Quelle place faut-il donner à la phlébite utéro-pelvienne suppurée dans l'infection puerpérale ? », arrivent à la conclusion : « La phlébite utéro-pelvienne suppurée est une affection strictement localisée aux veines du bassin, produisant toujours et uniquement des embolies pulmonaires et aboutissant invariablement à la mort » ;

Le Professeur Schikelé se refuse à voir dans la phlébite pelvienne suppurée une forme d'infection locale et à métastase uniquement pulmonaire, car on peut voir des foyers dans les autres viscères, sans parler de la dégénérescence amyloïde, de ses organes, et arrive à l'opinion : « Les thromboses pel-

viennes suppurées représentent toujours une phase ou une partie de l'affection généralisée ».

Le Dr J. E. Houël, dans son étude sur les phlébites utéro-pelviennes, arrive à une interprétation intermédiaire sensiblement conforme à celle émise en 1912 par MM. Jeannin, Vanverts et Paucot.

« Il existe dans le cadre de la nosologie puerpérale une localisation de l'infection atteignant plus particulièrement les veines du bassin dans lesquelles les lésions veineuses, si elles ne sont pas exclusives, sont du moins de beaucoup les plus importantes, et impriment à la maladie son caractère clinique spécial. Ces phlébites utéro-pelviennes suppurées doivent être nettement séparées, aussi bien d'une part des phlébites à localisation éloignée de la zone génitale, telle la phlegmatia alba dolens, ou même les phlébites utéro-pelviennes non suppurées, relevant exclusivement du traitement médical, que d'autre part des infections sanguines généralisées, septicémie et septico-pyohémie, qui, malheureusement, échappent encore le plus souvent à toute thérapeutique ».

« C'est uniquement contre ces phlébites dont l'expression clinique est la pyohémie et que le Pr P. Bar a longuement décrites sous le nom de phlébites infectantes, que sont de mise les méthodes de traitement chirurgical », objet de cette étude.

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Avec M. le Dr J. E. Houël, nous envisagerons succinctement l'étude des veines du bassin féminin, à considérer plus particulièrement dans les thrombo-phlébites utéro-pelviennes.

I. — Le système veineux utéro-annexiel, veines propres de l'utérus ou sinus utérin, veines utéro-ovariennes et utéro-vaginales.

II. — Le système veineux iliaque (veine iliaque interne ou hypogastrique, veine iliaque externe, veine iliaque primitive).

III. — Le système cave inférieur.

I. — *Système veineux utéro-annexiel.*

Il comprend :

a) Les veines propres de l'utérus, ou sinus utérin.

b) Les veines collectrices des sinus et des annexes de l'utérus.

a) L'utérus gravide présente, à l'intérieur même de ses muscles, un réseau inextricable et très riche de lacs sanguins provenant de la dilatation des veines utérines. Ces veines se groupent en trois gros troncs : un supérieur, un au milieu du corps, le troisième au niveau de l'anneau de Bandel.

b) Veines collectrices, suivant deux voies principales. Ces veines se groupent en deux pédicules :

A. Le pédicule supérieur, collectant le sang de la partie supérieure de l'utérus, des trompes, des ligaments ronds et de l'ovaire, chemine dans la partie supérieure du ligament large, et gagne le ligament infundibulo-pelvien. A ce niveau, il forme le plexus panpiniforme qui se réduit en un seul tronc veineux, la veine utéro-ovarienne, qui remonte pour se jeter à droite dans la veine cave inférieure, à gauche dans la veine rénale.

Il peut y avoir différentes anomalies, mais généralement pendant la grossesse la veine utéro-ovarienne peut atteindre un diamètre considérable, fait très important pour la voie de retour et de suppléance que constitue, pour le sang veineux, la voie utéro-ovarienne.

B. Le pédicule inférieur constitué essentiellement par les veines utérines et utéro-vaginales, né au niveau du col utérin.

Il se compose de deux troncs : un antérieur, qui reçoit les veines vésico-vaginales, et un postérieur,

augmenté par la vaginale postérieure. Ces veines accompagnent l'artère utérine, la contournent, remontent vers l'épine sciatique et recueillent les veines pariétales, obturatrices sacrées, etc..., formant le gros tronc hypogastrique ou iliaque interne qui se trouve au-dessus et en arrière de l'épine sciatique, sur la grande échancrure sciatique.

II. — *Système veineux iliaque.*

- a) Veine iliaque primitive.
- b). Veine iliaque externe
- c) Veine iliaque interne.

a. VEINE ILIAQUE PRIMITIVE.

Tronc unique de chaque côté, occupant la partie supérieure du bassin et la partie inférieure de la région lombaire.

Elle a pour origine la réunion de la veine iliaque interne avec la veine iliaque externe, réunion qui a lieu à la partie supérieure de la symphyse sacro-iliaque, au-dessous de la bifurcation artérielle.

Elle se termine en se confondant, sur le bord droit de la colonne vertébrale, au niveau du disque qui relie la 4^e et la 5^e vertèbre lombaire. Cette fusion marque l'origine de la veine cave inférieure.

Veines collatérales. — La sacrée moyenne, située entre les artères iliaques primitives et la co-

lonne vertébrale, la veine iliaque primitive droite est d'abord en arrière, puis en dehors de l'artère du même nom.

La veine iliaque primitive gauche monte en dedans de l'artère gauche et est croisée par cette artère près de sa terminaison.

b. VEINE ILIAQUE EXTERNE.

Elle s'étend de la veine fémorale qu'elle continue, à la veine iliaque primitive dont elle est une des origines. Elle monte de l'arcade crurale, en haut et en dedans, sur le bord interne du psoas, en dedans de l'artère iliaque externe.

D'abord interne par rapport à l'artère, elle devient plus haut interne et postérieure.

La veine iliaque externe droite est le plus souvent comme l'artère correspondante, croisée par l'uretère.

c. VEINE ILIAQUE INTERNE OU HYPOGASTRIQUE.

Prenant son origine des veines satellites des artères dont elle répète la disposition, on les divise en branches viscérales (veine vésicale, hémorroïdale moyenne, honteuse interne, utérine et vaginale), et en branches pariétales (veine obturatrice, fessière, ischiatique, ilio-lombaire et sacrée-latérale).

La veine iliaque interne est située sur un plan postérieur à l'artère du même nom, en la débordant en dehors.

III. *Système cave inférieur.*

Il nous intéresse uniquement dans son trajet abdominal, jusqu'à l'embouchure des veines rénales.

L'origine se trouve à la réunion des deux veines iliaques primitives, sur le côté droit de la colonne vertébrale, entre la 4^e et la 5^e lombaire. Elle monte à droite de l'aorte qui occupe la partie médiane, traverse le diaphragme, s'enfonce dans le médiastin et gagne à travers le péricarde l'oreillette droite.

Dans la cavité abdominale, la veine cave inférieure est en rapport :

— en arrière avec le flanc droit de la colonne vertébrale, atteignant en dehors les origines du psoas,

— en avant, elle répond successivement au bord postérieur du mésentère, troisième portion du duodénum, à la tête du pancréas, à la veine porte et enfin au bord postérieur du foie,

— en dedans, elle est en rapport avec l'aorte,

— en dehors, avec le psoas, l'uretère abdominal, le bord interne du rein droit et la partie interne de la capsule surrénale droite.

Avant de terminer cette récapitulation extrêmement réduite du système veineux du bassin chez la femme, où j'ai expressément négligé le grand nombre d'anomalies qu'on peut rencontrer et qui ont été étudiées dans différents traités de spécialités, je dirai quelques mots sur les voies de suppléance de la veine cave inférieure.

Les voies collatérales dérivatives de la veine cave inférieure sont nombreuses et très perméables. D'après Hovelacque : les veines azygos, lombaires et sacrées, les diaphragmatiques, les veines rachidiennes, les rénales, les veines de la paroi abdominale inférieure, enfin la veine porte par ses nombreuses anastomoses porto-cave.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En dehors des formes aseptiques des thromboses utéro-pelviennes puerpérales, il existe, au point de vue anatomo-pathologique, deux variétés bien distinctes de thrombo-phlébites utéro-pelviennes infectieuses. Ce sont :

I. — La thrombo-phlébite utéro-pelvienne simple ou adhésive,

II. — La thrombo-phlébite utéro-pelvienne suppurée.

Les premières ne nous intéressent dans notre étude que pour les opposer et distinguer de la deuxième forme, caractérisée par le processus de suppuration.

Histologiquement,

A. — Dans la thrombo-phlébite utéro-pelvienne simple, la veine présente un léger épaissement ; elle est obstruée par un caillot rouge, dur et plus ou moins adhérent. Au microscope, la paroi

veineuse montre uniquement une desquamation de l'endothélium et une prolifération active des couches sous-endothéliales.

B. — La thrombo-phlébite utéro-pelvienne suppurée, ainsi appelée par Chomé, répond à la définition que donne le Professeur P. Bar des phlébites infectantes. Les altérations pathologiques de la veine : la paroi veineuse est transformée en une véritable membrane pyogénique, comme dans toute suppuration limitée ; il s'agit donc d'une endo-péritiphlébite suppurée (C. Jeannin).

Le caillot est franchement suppuré et la lumière du tronc veineux rempli par un mélange boueux de pus et de caillots ramollis.

Etude topographique :

Les thrombo-phlébites utéro-pelviennes, simples ou suppurées, se confondent, dans la disposition topographique de leurs lésions ; elles se localisent sur les différentes parties du tractus veineux utéro-pelvien étudié dans le chapitre précédent.

On peut donc décrire trois types différents de thrombo-phlébites suivant la topographie et l'étendue des lésions.

A. *Méthro-phlébites*. — Limitées au sinus utérin.

B. *Phlébites pelviennes suppurées* où les troncs

veineux pelviens sont atteints et, suivant la localisation, on trouvera des phlébites pelviennes du pédicule inférieur, du pédicule supérieur, et encore :

C. *Des formes mixtes ou généralisées* pouvant intéresser à la fois les veines utéro-ovariennes, les veines pelviennes et gagner parfois, par la veine cave inférieure, le cœur gauche (comme dans un cas rapporté par Hoche, en 1902.)

Lésions de voisinage.

Le Professeur Schickelé insiste sur l'existence presque constante des lésions de voisinage, pour nier l'entité morbide de la thrombo-phlébite utéro-pelvienne puerpérale suppurée.

Le Professeur Jeannin rapporte des cas où la phlébite existe en dehors de toute réaction lymphatique ou cellulaire appréciable. Nous citerons seulement, comme lésion possible, mais rare, la péri-phlébite, les phlegmons du ligament large les péritonites les suppurations annexielles.

Lésions à distance.

Le foyer de thrombo-phlébite est le centre d'une dissémination dans l'organisme de produits septiques et d'embolies plus ou moins volumineuses.

Par ce mécanisme s'explique la production dans

l'économie de foyers de suppuration à distance, toujours très graves et le plus souvent mortels.

Si les foyers pleuro-pulmonaires sont les plus fréquents (infractus suppuré, abcès du poumon, pleurésie, etc...), le Professeur Bar décrit une forme cardiaque, méningitique, arthritique, éruptive, gangréneuse, etc...

Ces localisations apparaissent à une période généralement avancée de la maladie et présentent une complication le plus souvent à issue fatale. L'intervention par ligature des veines thrombosées, doit prévenir leur production, souvent seule chance et seul moyen d'empêcher la généralisation par passage dans la circulation des produits septiques, issus de ce foyer.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous essaierons dans ce chapitre de tracer le plus brièvement possible, pour ne pas trop nous éloigner de notre sujet, les symptômes caractéristiques de cette forme anatomo-clinique de fièvre puerpérale, en nous réservant pour plus tard d'insister sur le diagnostic positif et les moyens de l'établir grâce à ce tableau clinique.

M. le Professeur Jeannin, dans son remarquable rapport à la Société Obstétricale de France, a décrit de façon magistrale les symptômes cliniques des phlébites utéro-pelviennes suppurées.

Dans l'observation de notre malade, nous les retrouverons presque au complet.

FORMES CLINIQUES

Suivant la durée de la maladie, et l'allure de la courbe thermique, il est classique de décrire, avec le Professeur Jeannin, deux formes cliniques principales de thrombo-phlébites utéro-pelviennes puerpérales suppurées.

A. — *Une forme typhoïde.*

Caractérisée par sa gravité, par sa courbe thermique à grande oscillation, par des frissons rapprochés. Le plus souvent, la malade succombe en 4 à 5 semaines.

B. — *Une forme lente ou prolongée.*

Où les périodes de fièvre et de frisson sont souvent séparées par quelques jours d'accalmie. Le pouls seul demeure anormalement rapide. L'état général donne l'illusion d'une guérison rapide. Mais bientôt la fièvre, les frissons réapparaissent et tout recommence pendant un temps difficile à déterminer d'avance. Un cas rapporté par Léa, en 1913, évolua durant cinq mois. Le plus souvent, l'évolution vers une dégénérescence amyloïde des viscères, des signes d'ictère grave et le coma, annoncent le dénouement fatal.

Rarement, la guérison a été observée dans les suppurations plus ou moins étendues.

L'évolution dans les deux cas peut se diviser schématiquement en trois périodes successives :

1° *Une période prémonitoire:*

Où les signes d'une endométrite puerpérale masquent habituellement le processus thrombo-phlébitique déjà en voie de constitution.

2° *Une période d'état.*

Vers le deuxième septenaire ou, plus tardivement se caractérisant par l'instabilité de la courbe du pouls et de la température, par l'apparition de frissons.

3° *Une période terminale ou embolique.*

caractérisée par la production de l'embolie septique et la constitution de métastases viscérales évoluant pour leur propre compte..., généralement vers la mort, où l'ensemencement définitif du sang, la septicémie, dont l'issue est également fatale

ANALYSE DES DIFFÉRENTS SYMPTÔMES CLINIQUES

A. *La courbe de la température.*

Pendant le premier septenaire, parfois plus tard, la température dépasse rarement 39°, mais reste toujours au-dessus de 37°.

Dès que le premier frisson apparaît, la courbe thermique revêt le type de la fièvre rémittente. à grande oscillation, dont l'amplitude peut atteindre 3 à 4 degrés, et les ascensions à 40 se renouvelant 2, 3 et 4 fois dans la journée, très irrégulièrement.

Entre ces grandes oscillations, la fièvre demeure parfois modérée, pouvant osciller entre 37°5 et 38°5, pendant plusieurs jours ; ceci dure aussi longtemps que la maladie. Les ascensions thermiques coïncident le plus souvent avec les frissons.

B. Les frissons.

Symptômes quasi-constants dans les affections puerpérales, ils n'acquièrent une valeur séméiologique de la phlébite utéro-pelvienne suppurée que si leur apparition est assez tardive (Chomé).

Le frisson initial apparaît en effet vers le 8°-10° jour du post-partum ou du post-abortion. Il s'accompagne d'une sensation de froid intense ; la malade tremble de tout son être pendant un laps de temps qui peut varier de quelques minutes à une demi-heure. Après cette période, un stade de chaleur avec transpiration très abondante après lequel la malade semble parfois jouir d'un bien-être momentané. Variables dans leur intensité et dans leur nombre, parfois très violents, d'autres fois une simple sensation de frissonnement, parfois se répétant chaque jour ou plusieurs fois par jour, d'autres fois se bornant au frisson initial, et même on a pu noter leur absence totale (M. M. Montanelli, *Archivio di Ginecologia*, Juin 1906).

Il semble que le frisson coïncide et est provo-

qué par le passage dans le torrent circulatoire des produits septiques, corps microbiens et toxines, issus du foyer de suppuration veineuse.

C. Le pouls.

Extrêmement variable et instable, il est modéré ou presque normal dans l'intervalle des frissons, pour atteindre un rythme extrêmement rapide à leur occasion. Il n'existe le plus souvent aucun parallélisme entre la courbe du pouls et de la température. Au contraire, un certain degré de dissociation est de règle. Tantôt il s'élève avec la température, sans la suivre dans ses rémissions, et tous les auteurs sont d'accord pour admettre la valeur diagnostique de ces dissociations.

Le Professeur Jeannin a attiré l'attention sur la valeur séméiologique de l'accélération du pouls au cours d'une phlébite suppurée, comme signe prémonitoire d'une embolie pulmonaire.

D. Les symptômes locaux.

Ils sont plutôt vagues et sans grande valeur pathognomonique.

L'utérus est augmenté de volume, mou, douloureux dans son ensemble, en subinvolution ; signe lié probablement à l'existence d'un processus

plus ou moins accentué de métrite parenchymateuse ou d'endométrite.

Mais souvent, l'utérus est sensiblement normal, quant à ses dimensions et à sa consistance.

Les douleurs latéro-utérines seraient peut-être plus significatives, aussi le Professeur Jeannin leur attribue une certaine valeur diagnostique.

E. Perception des veines thrombosées.

Par le toucher et le palper, on peut, dans certains cas, atteindre les veines thrombosées, épaissies et indurées franchement douloureuses ou sensibles. Mais ces manœuvres sont d'une part dangereuses par la mobilisation toujours possible d'un caillot, d'autre part, on trouvera des difficultés d'examen :

Dans les lésions de voisinage souvent assez étendues pouvant aller jusqu'à la suppuration du ligament large, dans les phlébites pelviennes inférieures :

Dans l'inaccessibilité des lésions par le toucher dans les phlébites supérieures.

F. Signes d'extension des lésions.

Suivant l'envahissement en hauteur de la veine cave inférieure, on peut remarquer un œdème des membres inférieurs traduisant une gêne de la cir-

culatation de retour, et si l'oblitération atteint les veines rénales, des troubles rénaux (diminution des urines, albuminurie), des signes d'urémie (vomissements, somnolences etc...).

Si le tiers supérieur de la veine cave inférieure est thrombosé, les troubles hépatiques se surajoutent. Le cœur droit et les artères pulmonaires peuvent être atteints et se traduisent alors par un souffle systolique de la base du cœur, de la congestion et de l'œdème des bases pulmonaires.

Ces lésions sont très rares, exceptionnelles en clinique obstétricale, en général incompatibles avec la vie, et bien au-dessus des ressources de la thérapeutique.

G. *Symptômes thoraciques.*

L'embolie de la phlébite utéro-pelvienne suppurée n'est généralement pas volumineuse et ne donnera pas le tableau de la grande embolie cardiaque ou pulmonaire rapidement mortel.

Son arrêt fréquent au niveau de la circulation pulmonaire explique l'extrême fréquence des symptômes thoraciques.

Le thrombus, détaché du foyer de suppuration, étant septique, sa localisation au niveau du système pleuro-pulmonaire détermine un infractus suppuré, souvent suivi d'un abcès du poumon ou d'une pleu-

résie purulente, lésions qui évolueront pour leur propre compte.

Il serait préférable d'établir le diagnostic de thrombose utéro-pelvienne suppurée avant la production de cette complication, mais son apparition ne doit pas être une contre-indication formelle à l'intervention opératoire.

H. Résultats fournis par l'examen du sang.

Au cours d'une phlébite pelvienne suppurée, l'hémoculture est constamment négative, ou bien, si elle est positive, ce n'est que pendant un court laps de temps correspondant au frisson.

La réalisation de ces deux conditions, jointe à la constatation des symptômes plus haut décrits, permet d'affirmer presque à coup sûr l'existence d'une thrombo-phlébite pelvienne suppurée et d'exclure celle d'une septicémie ou septico-pyohémie, où les hémocultures sont presque constamment positives.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la thrombo-phlébite utéro-pelvienne est parfois assez difficile ; mais, le plus souvent un tableau clinique assez frappant et un nombre de signes assez caractéristiques dans leur ensemble, nous permettront d'affirmer son existence et de la discerner des diverses formes d'infection d'origine puerpérale ou autres, qui peuvent parfois la masquer.

LE DIAGNOSTIC POSITIF

S'appuie sur l'ensemble des symptômes que nous avons décrits dans le chapitre précédent et dont nous donnons une brève récapitulation.

1. *L'anamnèse.*

Un travail laborieux ou dystocique, accompagné de touchers multiples, une intervention opératoire (délivrance artificielle en particulier), une asepsie douteuse, sont le plus souvent, à l'origine des accidents. Mais, comme dans toutes les formes

anatomo-cliniques de l'infection puerpérale, les mêmes accidents peuvent se voir malgré un accouchement normal ou avortement aseptique.

La période prémonitoire d'infection limitée à l'utérus ne nous permet donc pas de prévoir précocement la thrombo-phlébite ultérieure.

2° *Les frissons.*

A une époque assez avancée, débutant au milieu du deuxième septenaire, voire même plus tard,

3° *La courbe de la température.*

Rémittente et très irrégulière, souvent consécutive aux frissons, entrecoupée de périodes apyrétiques.

4° *Le pouls.*

Aussi capricieux et irrégulier que la température.

5° *Un état d'euphorie* et de bien-être trompeur entre les périodes de frissons et pendant les périodes apyrétiques.

6° *L'existence de symptômes objectifs* au niveau de la zone génitale donnant parfois la possibilité de fixer la topographie des lésions.

7° *L'apparition des symptômes thoraciques*, traduisant la production d'embolies septiques.

8° Enfin, un signe d'une très grande importance : la négativité constante de l'hémoculture faite en série et en dehors des frissons.

Si le tableau clinique ne se retrouve pas toujours caractérisé par l'ensemble des signes que nous venons de rappeler, avec Bonneau et Houel, nous inclinerons sur la possibilité d'un diagnostic théorique, en nous basant sur le fait qu'on ne trouve aucune localisation utérine annexielle du paramètre ou du péritoine susceptible d'expliquer la persistance des phénomènes infectieux (frissons, fièvre, etc.), malgré la négativité des hémocultures.

LE DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE reste plus incertain à établir, car les lésions de voisinage qui accompagnent très souvent les phlébites utéro-pelviennes suppurées nous rendent l'exploration plus difficile.

L'allure clinique de l'infection demeure sensiblement la même ; les symptômes locaux pourront parfois nous donner quelques indications.

La phlébite pelvienne supérieure sera soupçonnée : en l'absence de toute sensation anormale vers la base du ligament large, par une zone douloureuse au palper siégeant au niveau de l'une des cornes de l'utérus et se prolongeant du même côté vers l'ombilic (Chomé).

Les phlébites pelviennes inférieures : s'accompagnent souvent de lésions importantes du ligament large pouvant aller de la simple infiltration cellulaire du tissu péri-phlébitique aux collections suppurées les plus étendues.

Le diagnostic topographique est plutôt présumé par ces méthodes d'exploration clinique. Le siège anatomique précis du processus phlébitique est le résultat de l'exploration directe à l'occasion de l'intervention chirurgicale.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Se pose avec : les phlébites non suppurées, les septicémies et les septico-pyohémies, les localisations infectieuses puerpérales non phlébitiques de la zone génitale, enfin avec les diverses infections non puerpérales qu'on peut rencontrer exceptionnellement.

I. *Les phlébites utéro-pelviennes non suppurées* se classent, suivant Chomé, en deux formes principales°:

- a) latentes,
- b) emboligènes.

a) Les symptômes généraux vagues, une température oscillant autour de 38°, dissociation fréquente entre la température et le pouls. La perception tactile des cordons veineux thrombosés est un signe de diagnostic réel, quand il existe.

b) La tendance aux embolies répétées, qui déterminent parfois des congestions pulmonaires, des

broncho-pneumonies, et des pleurésies, est parfois le seul signe qui oriente notre attention vers une phlébite de la sphère génitale.

II. *Diagnostic différentiel de la septicémie.*

Dans ce cas, le début est généralement très précoce, prenant une allure d'infection très grave immédiate.

Phénomènes généraux. — Le pouls mou, rapide, irrégulier, fréquent. La tension artérielle basse ; la température en plateau, hyperthermique entrecoupée de frissons plus ou moins constants.

Etat général et physique du processus toxique. Les urines sont rares, albumineuses, hautes en couleur, chargées de pigments biliaires.

La dyspnée sine materia pouvant atteindre 40-60 respirations par minute.

Une diarrhée profuse et même une incontinence des matières annoncent souvent la période terminale. Au bout d'une dizaine de jours, parfois plus, la malade succombe dans le coma, soit en hypothermie, soit en hyperthermie.

Au cours de l'évolution, il y a absence de tout symptôme cliniquement appréciable au niveau de la zone génitale.

L'hémoculture, pratiquée aussi bien en dehors

qu'au moment des frissons, nous donne quasi-constamment un résultat positif et c'est un des facteurs les plus importants du diagnostic différentiel, du point de vue théorique, mais surtout pratique, car l'hémoculture positive nous indique la généralisation de l'état infectieux en contraste avec les phlébites utéro-pelviennes suppurées, infection localisée et seule susceptible d'un traitement chirurgical.

III. *Diagnostic différentiel de la septicopyohémie*

C'est une forme mixte d'infection puerpérale où les lésions de thrombo-phlébite utéro-pelviennes coexistent avec un état septicémique. Aussi, d'après Chomé, l'état général est altéré et grave précocement, comme dans la septicémie. L'évolution de la maladie est très rapide, la courbe de la température rappelle celle de la septicémie. On peut constater des signes locaux comme dans les phlébites pelviennes. Des foyers suppurés, métastatiques, ne sont pas rares. L'hémocultuer est presque constamment positive.

IV. *Diagnostic différentiel avec les lésions annexielles péri-utérines*

Dans les infections puerpérales, localisées aux annexes ou aux tissus cellulaires péri-utérins, la localisation aux trompes et ovaires sera facilement

différenciée des cordons tuméfiés allongés et peu douloureux des phlébites.

Le tableau clinique frappant des phlébites utéro-pelviennes fait défaut.

Le phlegmon du ligament large, à l'état pur, sera différencié des phlébites, surtout celles du type inférieur, comme le fait remarquer le Professeur Jeannin : « La phlébite, même suppurée, n'a que très peu de tendances à s'étendre au tissu cellulaire péri-veineux, et elle se caractérise même à cette phase ultime, par une tuméfaction allongée, en cordon, et par conséquent bien différente des masses diffuses de l'infiltration cellulo-lymphangitique ».

V. Diagnostic différentiel avec les affections non puerpérales

Libow et Houël attirent l'attention sur la possibilité de la coïncidence au cours du post-abortionum ou du post-partum, d'accès de fièvre paludéenne dont l'allure présente une analogie parfois frappante avec la phlébite suppurée. La présence de l'hématozoaire de Lavéran dans le sang circulant coïncidant avec la négativité des hémocultures; au besoin l'épreuve d'un traitement par la quinine auront vite résolu le problème. On ne doit pas oublier l'association possible des deux infections : palustre et puerpérale.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic de la phlébite utéro-pelvienne puerpérale suppurée est grave.

Les statistiques des dernières années sont contradictoires, et établir une conclusion en se basant sur elles nous semble difficile.

Chomé attribue un taux de mortalité de 100 % dans les cas non traités chirurgicalement. Sur 27 malades atteints de phlébite pelvienne suppurée qu'il a observés, 26 succombèrent, et une guérison a été donnée par l'intervention chirurgicale. Des observations rapportées par M. Schiekelé, Reeb, Dantin, Mange, Boursier sont plus heureuses, car la guérison survient plus souvent, en dehors de toute intervention chirurgicale.

M. le Professeur Jeannin estime la mortalité entre 72 et 90 %.

La gravité du pronostic ne semble pas directement liée à la virulence du germe en cause. Le facteur le plus redoutable semble constitué par la fréquence des embolies septiques, aboutissant aux différents foyers suppurés dans tout l'organisme, ou encore à l'ensemencement définitif du milieu sanguin presque toujours mortel.

Les phlébites pelviennes supérieures, plus accessibles au traitement chirurgical, sont peut-être moins graves que les inférieures, souvent compliquées de localisations inflammatoires et suppuratives du tissu cellulaire pelvien.

L'ensemble des signes cliniques et le résultat des examens de laboratoire vient nous aider pour établir un pronostic sans grande chance d'exactitude.

Il semble qu'il faut considérer comme graves les formes consécutives à un accouchement laborieux, dyslocique, ayant nécessité de nombreux touchers ou l'introduction manuelle répétée.

Les hémorragies abondantes préparant un terrain d'anémie.

Le début précoce des accidents infectieux doit faire redouter une forme septico-pyohémique.

La courbe de la température et celle du pouls sont susceptibles de nous fournir des renseignements précieux.

Une température se maintenant en plateau, un pouls au-dessus de 120, dans l'intervalle des frissons, doivent être considérés comme des facteurs de haute gravité.

La répétition fréquente des frissons et leur durée plus ou moins prolongée.

L'état général bon dans l'intervalle des frissons, s'allère rapidement, l'apparition d'une dyspnée sine materia, d'une diarrhée profuse, des mouvements

carphologiques, etc..., sont considérés comme extrêmement fallacieux.

L'apparition des signes thoraciques traduisant l'embolie pulmonaire est toujours alarmante.

Le laboratoire nous fournira aussi des indications utiles pour le pronostic. Les hémocultures y tiennent une place importante ; leur positivité indique une septicémie généralisée très grave.

D'après le Professeur Jeannin, il faut considérer comme grave une hyperleucocytose (30.000 à 40.000 globules blancs) et une polynucléose en plateau (90 %) avec disparition complète des éosinophiles.

D'après M. Jahier, il faut attribuer une valeur pronostique relativement importante à la croissance régulière et continue au-dessus de la normale de la courbe de l'azotémie.

L'examen des urines fournira des renseignements se rapportant au fonctionnement des émonctoires, rein, foie en particulier. On considérera comme grave l'oligurie, l'albuminurie, la diminution des chlorures, la présence des pigments biliaires ou des acides biliares.

ETUDE THERAPEUTIQUE



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les échecs répétés de la thérapeutique médicale dans le traitement des phlébites utéro-pelviennes suppurées, et les succès remportés dans le traitement des phlébites des sinus par la ligature de la jugulaire ont orienté l'attention des accoucheurs vers cette nouvelle thérapeutique qui, d'abord empirique, a évolué et s'est précisée avec les connaissances de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, du diagnostic et du pronostic des phlébites utéro-pelviennes suppurées.

En 1773, Hunter imagina la compression méthodique au-dessus des lésions des segments enflammés des veines au début de l'infection purulente, pour faire adhérer les parois du vaisseau et s'opposer au passage continu du pus au delà du foyer de suppuration.

En 1818, Breschet propose l'isolement de ces foyers par sectionnement transversal de la veine enflammée.

Sedillot, en 1849, propose l'oblitération de la veine par des pointes de feu, formant ainsi un caillot obstruant le passage du pus dans la circulation.

Eee, en 1865, applique pour la première fois une ligature veineuse sur la veine céphalique au début d'une pyohémie. Kraushold, en 1877, réséqua avec succès, entre deux ligatures, 3 centimètres de la veine fémorale d'une malade atteinte de thrombophlébite suppurée à la suite d'une amputation de la cuisse.

Vers 1894 cette méthode chirurgicale est suggérée pour la première fois en obstétrique par Sippel qui, dans les pyohémies aiguës consécutives à une phlébite purulente, propose : « Après hystérectomie, il faudrait poursuivre les veines spermaticques et utérines aussi loin qu'elles sont malades, les réséquer si c'est possible. »

Mais c'est seulement en 1898 que Freund passe à la réalisation et pratique sans succès la résection entre deux ligatures des veines utéro-ovariennes thrombosées, après hystérectomie, dans deux cas d'infection post-abortionum.

En 1902, Bumm et Trendelenbourg publient quelques cas dont une seule guérison. En plus, Trendelenbourg préconisait non pas la résection des veines thrombosées, mais simplement leur ligature et en particulier la ligature de la veine hypogastrique. La méthode opératoire de Trendelenbourg se répand et les observations publiées en France et à l'étranger se multiplient. En 1906, Lejars avait pu réunir 19 observations, comprenant : 13 morts et 6 guérisons.

Mais l'application de cette méthode thérapeutique ne devait se répandre réellement en France qu'à partir de 1912, après la publication d'un rapport à la Société Obstétricale de France par M. le Professeur Jeannin, MM. Vanverts et Paucot.

L'édition de 1914 du traité de Bar, Brindeau et Chamberlan, consacre à l'étude des phlébites pelviennes puerpérales et à leur traitement un important chapitre.

Depuis, diverses publications de leçons et d'observations ont été faites sur cette thérapeutique qui semble se préciser de plus en plus, mais en France, cette méthode a trouvé un accueil moins enthousiaste qu'à l'étranger, où la méthode de Trendelenbourg jouit d'une vogue plus grande et a été pratiquée avec des fortunes diverses surtout en Amérique et en Allemagne.

CHAPITRE II

PRINCIPES GENERAUX DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PHLEBITES UTERO-PELVIENNES

La gravité de la suppuration des veines en général, réside essentiellement dans la migration des produits septiques issus du thrombus suppuré, embolies susceptibles de déterminer, au niveau des différents viscères, le poumon surtout, des lésions métastatiques, ou d'aboutir à une septicémie secondaire.

Aussi, le traitement chirurgical tend à barrer le chemin aux embolies et à s'opposer à la dissémination des produits septiques par la voie veineuse en pratiquant une ligature en aval des lésions phlébitiques en un point anatomique logiquement choisi.

Cette méthode a trouvé de bonne heure ses défenseurs qui l'ont appliquée avec plus ou moins de succès, mais elle a trouvé aussi des objections que nous allons rappeler rapidement.

1° Pour MM. Schickelé et Riotte 1923, Congrès de la Fièvre puerpérale de Strasbourg) : « La throm-

bo-phlébite pelvienne classique représente toujours une phase ou une partie de l'infection puerpérale généralisée ».

Mais nous avons montré plus haut, avec MM. Legueu et Shomé, qu'au point de vue anatomo-pathologique strict, pendant un certain temps, et souvent définitivement, la phlébite utéro-pelvienne suppurée reste une affection localisée aux veines et au tissu péri-phlébitique.

M. Fayx en 1906, l'appelle avec raison « affection locale à retentissement général justiciable d'un traitement local ».

Les résultats, souvent brillants, sont dus précisément à ce que l'infection grave n'est réellement qu'une *pyohémie* et non une *septicémie*, comme le prouvent les nombreuses hémocultures négatives, sauf au moment du frisson.

II° Une autre objection à l'opération de Trendelenbourg est qu'elle demeure impuissante à empêcher la production des embolies.

Il semble actuellement démontré que les frissons coïncident, cliniquement, au moment du passage dans la circulation des germes microbiens et des produits toxiques issus du foyer de suppuration veineuse, et décelables par la positivité de l'hémoculture réalisée à ce moment.

Une chose nous semble concluante à ce point de vue : dans la très grande majorité des cas des ligatures veineuses suivies de succès, les frissons ont

souvent cessé immédiatement et très rapidement après l'intervention.

En interprétant comme un rapport de cause à effet la cessation quasi-constante des frissons immédiatement après la ligature, l'impression « du robinet qu'on ferme » (Home) est une comparaison heureuse et difficile à interpréter autrement.

III° On a reproché à la ligature isolée de ne viser que la lésion veineuse sans tenir compte des lésions de voisinage.

Le processus phlébitique présente généralement une gravité autrement grande que les lésions de voisinage et le danger de mort vient du premier plus que du dernier, aussi paraît-il plus rationnel de diriger d'abord contre lui tout effort thérapeutique, sans exclure, dans le cas où la nécessité se montre, une intervention sur les lésions de voisinage.

MM. Proust et Maurer rapportent un cas (Société de Chirurgie de Paris), 5 Mars 1924 où après avoir lié dans un premier temps la veine iliaque primitive gauche, ouvrent et drainent secondairement, par la voie sous-péritonéale, un phlegmon suppuré du ligament large gauche. La malade guérit parfaitement.

IV° Une objection plus importante a été apportée par les risques et les troubles circulatoires que la ligature brusque d'un tronc veineux peut produire.

Or, généralement, la veine thrombosée est déjà

partiellement obstruée. Une nouvelle oblitération, à quelques centimètres plus loin, ne peut vraiment accroître les troubles circulatoires déjà existants.

La vie est-elle compatible avec la ligature et l'arrêt de la circulation dans des troncs parfois aussi importants comme la veine cave inférieure?

A cette question, plusieurs expériences ont répondu par des résultats affirmatifs et concluants. Expériences de Purpura, Raïa, M. Gosset, Lecène, Léota, Bejean, Kohn.

a) La ligature de la veine cave inférieure, au-dessous de l'abouchement des veines rénales, ne s'accompagne d'aucun phénomène pathologique ; il n'y a même pas de trace d'œdème des membres inférieurs.

b) La ligature au-dessus des veines rénales provoque des lésions graves du rein, malgré l'existence d'anastomoses entre les veines rénales, les azygos et le système cave. La mort résulte toujours de cette ligature.

V° Les objections de la difficulté du diagnostic se posent moins quand on tient compte des signes cliniques assez nombreux qui nous permettent dans la grande majorité des cas de poser à temps un diagnostic positif.

VI° Sur les difficultés de l'intervention, on peut dire qu'elles varient avec l'extension et la topographie des lésions phlébitiques.

L'intervention sera relativement facile en cas de phlébite suppurée limitée aux veines utéro-ovariennes. Les lésions de voisinage sont très rares et l'isolement du vaisseau à lier relativement aisé.

Dans les phlébites du pédicule inférieur, la co-existence des lésions de voisinage rend l'intervention difficile, parfois mme dangereuse. Mais l'opération devient encore possible et facile en liant loin du foyer et du tissu enflammé, en tissu sain, un gros tronc veineux comme la veine iliaque primitive ou même la veine cave inférieure.

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPERATOIRES

Malgré la fréquence, d'après Chomé, de plus de 50 % de phlébites utéro-pelviennes suppurées par rapport au nombre total des formes mortelles de l'infection puerpérale, la ligature des veines ne trouve que des indications relativement rares.

Les abstentionnistes trouvent cette méthode trop difficile et trop hasardeuse en rapport avec les difficultés du diagnostic et du pronostic .

Les difficultés du diagnostic sont plus apparentes que réelles, comme nous avons tenté de démontrer à différentes reprises, et souvent il faudrait y bien songer et rassembler le faisceau des signes décrits pour porter le diagnostic positif et différentiel.

Quant au pronostic, sous prétexte qu'on peut voir des cas en apparence les plus graves guérir presque spontanément et du moment qu'on ne sait si le cas particulier en présence duquel on se trouve n'est pas précisément de ceux qui sont susceptibles d'une guérison spontanée, il faut attendre.

M. le Professeur Jeannin a répondu : « Attendre n'est pas l'apparence même d'une solution », et en présence de malades en danger de mort, même s'il n'y a pas d'indication absolue à l'acte opératoire, si toutes les données diagnostiques et pronostiques considérées isolément demeurent relatives, leur réunion même constitue un ensemble assez solide pour permettre d'y appuyer sa décision.

INDICATIONS

Il nous semble qu'en pratique les indications de la ligature des veines, en cas de phlébite utéro-pelvienne suppurée, s'appuient en clinique sur les symptômes déjà décrits.

A) *Au point de vue clinique.*

1° Au caractère du pouls et de la température.

2° A la fréquence et à l'intensité des frissons qui apparaissent assez tardivement au cours de cette infection puerpérale.

3° A la conservation relativement bonne de l'état général, au moins dans l'intervalle des frissons.

4° A la constatation par le palper et le toucher, dans les cas où cela est possible, de signes locaux, des cordons veineux thrombosés.

B) *Au point de vue des recherches de laboratoire,*

1° A la négativité constante ou à la positivité passagère au moment des frissons, des hémocultures pratiquées en série.

2° A la constatation d'un taux sensiblement normal de l'azotémie, témoignant d'un fonctionnement satisfaisant des reins et du foie..

CONTRE-INDICATIONS

Les unes sont relatives, les autres absolues.

A. *Contre-indications relatives :*

1. La courbe de la température affectant une allure hyperthermique en plateau, sans tendance à des rémissions ou une fièvre peu élevée, peuvent traduire, la première, une septico-pyohémie la seconde, une phlébite non suppurée.

2. Le rythme du pouls dépassant 120 dans l'intervalle des accès hyperthermiques, doit faire songer à la possibilité d'une affection sanguine généralisée ; le pouls grim pant en échelons, est plus fréquent au cours des phlébites utéro-pelviennes simples non suppurées.

3. L'absence complète de frissons.

4. L'altération constante et accentuée de l'état

général, doivent faire hésiter l'opérateur en l'orientant vers une septicémie ou une forme étendue inopérable.

5. La coexistence de lésions de voisinage fréquentes dans les phlébites pelviennes inférieures n'est pas, pour tous les auteurs, une contre-indication opératoire.

B. Contre-indications absolues :

Par contre, on considère comme interdisant formellement et sans exception toute tentative opératoire :

1. La positivité constante des hémocultures faites à distance du frisson.

2. L'apparition des symptômes indiquant l'extension des lésions phlébitiques aux parties supérieures de la veine cave inférieure.

3. La constatation de lésions métastatiques viscérales, pleuro-pulmonaires ou autres, incompatibles avec la survie de la malade.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPERATOIRE

LES VOIES D'ACCÈS AUX VEINES THROMBOSÉES

Trois voies ont été suivies :

- A) La voie vaginale,
- B) La voie extra-péritonéale,
- C) La voie transpéritonéale.

A) *La voie vaginale.*

Elle présente des inconvénients qui en limitent l'emploi et c'est pourquoi elle est aujourd'hui définitivement abandonnée.

a) La voie vaginale présente en effet une limitation de l'examen précis et direct des différentes veines du système utéro-pelvien, surtout dans les cas où l'on n'a sur la topographie des lésions que des données incomplètes et peu certaines.

b) Dans des cas fréquents, où la thrombose intéresse les veines utéro-ovariennes, le long de leur trajet, il serait impossible d'aller par le vagin porter une ou deux ligatures aux environs de l'embouchure des veines spermatiques dans la veine cave inférieure ou dans la veine rénale gauche.

Et ce sont les cas, qui le plus souvent, sont le mieux influencés par les ligatures.

B) *Voie extra-péritonéale.*

Elle présente l'avantage de laisser intacte la grande cavité péritonéale.

a) Mais elle est d'une exécution plus difficile que la laparotomie médiane.

b) De donner un jour insuffisant et d'exposer à certaines erreurs anatomiques au cours de l'intervention (ligature de l'uretère, ligature des veines saines).

c) De ne pas permettre un examen méthodique et complet des différentes veines utéro-pelvien-

d) De nécessiter, en cas de bilatéralité des lésions, des incisions bilatérales.

C) *La voie transpéritonéale.*

La plus rationnelle et la plus fréquemment employée pour les raisons suivantes :

a) Son adoption permet une technique facile : la laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

b) Elle donne un très grand jour et permet l'exploration visuelle et tactile, absolument indispensable.

c) Elle convient dans tous les cas, quelle que soit la localisation du processus thrombo-phlébiti-

que, et le point anatomique où doit porter la ligature.

Le danger d'infection qui pourrait résulter de la section des veines infectées est facile à éviter si l'on s'abstient de toute section vasculaire et on pratique la ligature en tissu sain.

LE POINT OU DOIT PORTER LA LIGATURE

I. — La ligature doit, de toute nécessité, être portée en tissu sain, en aval des lésions. Si la ligature n'est pas portée en aval de la lésion, on ne fait que substituer à une oblitération pathologique une oblitération mécanique qui peut souvent laisser, au delà d'elle, une parte plus ou moins importante du caillot infecté et même favoriser sa migration.

Quand on se trouve dans l'impossibilité de pratiquer la ligature en tissu sain, on doit la pratiquer théoriquement le plus haut possible pour diminuer dans une certaine mesure la quantité totale des déchets purulents susceptibles d'être divisés. Mais c'est un cas tout à fait exceptionnel dont le résultat est problématique.

II. — Le tronc venieux à lier varie suivant la topographie du processus thrombo-phlébitique.

Il est évident que le tronc sur lequel doit être portée la ligature varie suivant la topographie du processus pathologique.

Nous avons exposé plus haut quelques notions

d'anatomie et groupé les veines utéro-pelviennes en deux pédicules : l'un supérieur, l'autre inférieur.

Nous avons divisé les phlébites utéro-pelviennes en supérieures, inférieures ou mixtes, suivant les territoires atteints par la suppuration et leur étendue.

Dans les phlébites pelviennes supérieures, la résolution finale du pédicule dans la veine utéro-ovarienne, nous permet, après laparotomie médiane, de la découvrir facilement et de lier la veine en aval du thrombus. Parfois même, on est obligé de lier immédiatement au-dessous de l'embouchure de la veine spermatique dans la veine cave inférieure à droite, dans la veine rénale à gauche, mais sans aucun inconvénient.

La laparotomie, ouvrant un champ large d'exploration, et la ligature pratiquée en tissu sain, donne la possibilité d'éviter facilement l'uretère qui se trouve à côté.

Dans les Phlébites pelviennes inférieures, les veines sont plus difficilement accessibles et souvent noyées au milieu des lésions périphlébitiques inflammatoires ou suppurées.

Chercher la thrombose dans ce milieu présente un risque d'ouverture dans le péritoine libre des collections purulentes phlébitiques.

La bilatéralité des lésions oblige souvent l'opérateur à renouveler deux fois la même intervention.

L'accord ne semble encore réalisé, en ce qui concerne le vaisseau à oblitérer en pareil cas.

Pour certains (Proust, Maurer), c'est la veine iliaque interne ;

Pour d'autres, la veine iliaque primitive (Chomé, Legueu, Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1920). Ils justifient la nécessité de porter la ligature à cet endroit par la fréquence des anastomoses entre la veine iliaque interne et la veine iliaque externe.

MM. Ferrari, Jahier et Houel ont constaté, à plusieurs occasions, les bons résultats et l'inocuité de la ligature de la veine cave inférieure et donnent les conclusions suivantes :

1° La ligature de la veine cave inférieure, dans les lésions limitées aux veines du pédicule inférieur, paraît d'une efficacité suffisante et certaine.

2° Elle est d'une simplicité plus grande que la ligature des autres troncs veineux, et évite la répétition par deux fois dans les cas de bilatéralité des lésions.

3° Elle est d'une inocuité manifeste, aussi bien du point de vue des suites opératoires immédiates que de ses conséquences lointaines.

Enfin, le cas des *thromboses mixtes*, situées en même temps sur le pédicule inférieur et supérieur, nécessite, en même temps qu'une ligature de la veine cave inférieure, devenue insuffisante par elle-même à l'arrêt de l'embolie, à la ligature de deux pédicules utéro-ovariens en un point aussi haut situé que le nécessitera la thrombose.

A QUEL MOMENT FAUT-IL PRATIQUER LA LIGATURE ?

M. Chomé a adopté la formule : « Ni trop tôt, ni trop tard ».

L'intervention précoce, préconisée en 1910 par Osterhol, présente le désavantage d'être faite à un moment où le diagnostic n'est pas encore possible, on peut se trouver en présence d'une forme susceptible de guérir spontanément ou au contraire d'une forme septicémique ou septico-pyohémique échappant à toute thérapeutique.

De plus, à ce moment, le foyer de suppuration semble plus virulent et expose le plus souvent à une péritonite aiguë post-opératoire.

L'intervention trop tardive risque de nous surprendre en pleine période de dissémination avec l'existence de métastases viscérales et pleuro-pulmonaires, quand l'intervention est trop tardive.

Aussi, les premiers signes thoraciques indiquent en général le moment de l'intervention.

La généralisation de la thrombose aux gros troncs veineux (veine iliaque primitive ou veine cave inférieure) diminue de beaucoup les chances de succès.

En pratique, le temps le plus favorable à l'opération en cas de phlébite utéro-pelvienne suppurée, paraît être fixé aux environs du 20^e jour après le début des accidents. (MM. Vanverts et Paucot, 1912).

TECHNIQUE OPERATOIRE

La voie extra-péritonéale, préconisée par Trendelenbourg, est considérée désormais comme un processus d'exception.

D'après un rapport de 1912 de MM. Vanverts et Paucot, nous citons textuellement :

« Incision classique de la ligature sous-péritonéale de l'iliaque externe. Décollement du péritoïne jusqu'à l'artère. Réclinaison de la lèvre interne et découverte de l'uretère qui est entraîné avec le péritoïne. Reconnaissance de l'hypogastrique et ligature de cette veine au point où elle se réunit à l'iliaque externe, après réclinaison de l'artère hypogastrique en dehors. On sectionne celle-ci entre deux ligatures si elle est trop adhérente et réclinaison de ses deux bouts décollés.

« Pour découvrir la veine ovarienne, prolonger l'incision précédente vers la pointe de la 11^e côte, comme si l'on voulait découvrir l'uretère, la malade étant couchée sur le côté. Décoller le péritoïne en se dirigeant vers le rachis. En se guidant sur l'uretère qui, généralement, accompagne le péritoïne, on trouve l'ovarienne qui le croise à angle aigu. Suivre le cordon de la thrombose et lier au-dessus. S'il n'y

a pas trop de périphlébite, inciser les vaisseaux, extirper les thromboses, mais pas de décortications pénibles qui peuvent causer des hémorragies en nappe difficiles à arrêter. Si les lésions sont bilatérales, répéter les mêmes manœuvres de l'autre côté.»

La voie transpéritonéale, maintenant classique, a remplacé cette technique. Elle nécessite: 1° temps d'exploration, 2° temps de ligature de la veine.

1^{er} temps. — Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, maintenue en bas par une valve de Doyen ou d'un laparostate pour se donner le plus de jour possible ; c'est la visibilité qui doit nous orienter pour l'exploration des lésions, plutôt que le toucher qui présente ses dangers, mais qui nous servira, en cas de mauvaise visibilité et, dans ce cas, avec toute la douceur possible pour ne pas mobiliser un caillot de la veine thrombosée et déclancher une embolie mortelle au cours de l'opération.

Après examen des organes génitaux, on examine les veines sur tout leur parcours, en recherchant l'utéro-ovarienne et l'hypogastrique les plus souvent atteintes.

Toute veine reconnue thrombosée doit être liée en aval du caillot, et si cette condition est irréalisable, nous avons vu qu'il est indiqué de pratiquer la ligature bien au-dessus des lésions sur un gros tronc veineux.

Si on reconnaît que l'étendue des lésions paraît incompatible avec la vie, ou au contraire la consta-

tation de l'absence de toute thrombose, il est évident que l'intervention s'arrêtera à une laparotomie exploratrice.

2 temps. — La découverte et l'isolement de la veine utéro-ovarienne est facile au niveau du ligament infundibulo-pelvien, se trouvant le long du bord libre du ligament ci-dessus.

Dans la portion de son trajet, cette veine se trouve d'abord en dedans ; elle croise en avant et devient enfin interne par rapport à l'uretère dans la portion terminale.

Les veines iliaques internes se trouvent de chaque côté, en dehors de l'artère correspondante, tantôt en avant, tantôt en arrière de celle-ci, au niveau de l'articulation sacro-iliaque. On les distingue facilement, l'artère par ses battements, la veine par ses indurations qu'on recherche.

Si cette veine présente des anastomoses avec la veine iliaque externe, il faudrait les rechercher le long de son bord externe et lier tous les affluents qui s'y jettent.

En cas de doute, il n'y a aucun inconvénient à passer de suite à la veine iliaque primitive ou même à la veine cave inférieure qu'on découvre facilement.

Les ligatures sont faites à l'aide d'une aiguille mousse chargée d'un catgut à résorption lente (chronique) ou même un catgut simple, toujours de

l'artère vers la veine, pour éviter toute lésion artérielle.

La brèche péritonéale sera fermée à l'aide d'un surjet au catgut.

Un drainage des points ligaturés n'est vraiment nécessaire qu'en cas d'ouverture involontaire au cours des manœuvres d'une collection purulente périphlébitique. Le Mikulicz trouve une indication favorable dans ces cas.

Traitement des lésions de voisinage.

Nous avons vu que les lésions de voisinage sont assez fréquentes, mais elles ne constituent pas une contre-indication absolue à la ligature des veines en cas de phlébite utéro-pelvienne suppurée.

S'il s'agit d'une simple infiltration inflammatoire des tissus périphlébitiques et des tissus cellulaires du ligament large, sans suppuration apparente, il n'y a pas lieu de se préoccuper ; la guérison est généralement spontanée.

Si on se trouve en présence de collections franchement suppurées : phlegmon du ligament large, salpingite ou abcès de l'ovaire, on fera la ligature de la veine thrombosée dans un premier temps, en tenant compte de la présence de la collection purulente pour ne pas l'ouvrir intempestivement, et dans un deuxième temps, après avoir fermé le péritoine, et la paroi abdominale, on draine-

ra le foyer purulent par voie sous-péritonéale ou par colpotomie.

Enfin, si par accident il arrive d'ouvrir la collection suppurée en péritoine libre, on fera un tamponnement-drainage à la Mikulicz, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Les complications des lésions métastatiques.

Malgré leur gravité, elles sont susceptibles d'un traitement chirurgical et médical, autant que l'état des malades semble le permettre.

Enfin, il ne faut pas négliger le traitement médical qui ne diffère en rien de celui employé constamment pour combattre la fièvre puerpérale et suivant les cas, les préférences et l'expérience de chacun, par la vaccinothérapie, la sérothérapie, la colloïdothérapie les abcès de fixation, etc... On soutiendra l'organisme par des transfusions, sérum glucosé, huile camphrée, ou autres tonicardiaques.

On veillera au fonctionnement des émonctoires.

OBSERVATION INÉDITE

Le 7 Mars 1935, entre dans le service de la maternité de l'hôpital Lariboisière Mme M... E..., âgée de 23 ans, primipare.

Le 25 Février 1935, cette malade a subi un avortement provoqué à la sonde, dans des conditions excluant tous soins septiques.

L'expulsion du fœtus et de la délivrance s'est faite trois jours après l'intervention abortive.

Dès le lendemain, et les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39°, pour monter à 40 le jour de son arrivée à l'hôpital.

A l'examen, l'utérus semble normal, col normal renfermé, pas de douleurs à la palpation et au toucher dans la zone génitale. L'examen général ne permet pas d'expliquer cette température.

On décide la révision utérine. Après dilatation du col aux bougies, on fait un curetage qui ramène quelques débris placentaires. Glace sur le ventre, sérum de Vincent.

Le lendemain du curetage, la température est à 37, le pouls à 85.

Le 9 Mars, après une nuit un peu agitée, la température montre brusquement et dès le matin à 41, avec un frisson très intense durant une demi-heure environ. Le pouls est à 100.

L'examen : Au toucher, petite induration longitudinale dans le cul de sac droit, en rapport probable avec une thrombo-phlébite veineuse péri-utérine.

On pratique une immuno-transfusion de 200 cc. séro-carbon 3 cc., le soir, la température est à 37,6.

Le 10 mars, le matin, la température est à 37,8 ; la malade est très abattue. Dans l'après-midi, la température monte et vers 13 heures, elle est à 41°. A ce moment, elle fait de nouveau un frisson, plus prolongé et plus intense que le précédent (durée 1 heure).

Le 11 mars, le matin la température est à 40°. La malade se plaint d'une douleur abdominale et lombaire sans pouvoir préciser le siège exact. On pratique une hémoculture qui est négative.

Le 12 mars, la malade tousse et crache un peu.

Examen : A l'auscultation, on perçoit seulement une diminution du murmure vésiculaire au niveau des bases sans autre bruit adventice.

Le 14 mars, un nouveau frisson se produit, moins intense mais plus prolongé que les autres. La malade ayant reçu du sérum de Vincent dès son entrée, fait une éruption et un œdème sérique.

Un léger œdème et douleur du membre inférieur gauche. L'état général, toujours grave en raison de la fréquence des frissons.

Une nouvelle hémoculture reste négative.

Le 15 mars, deux frissons dans la journée, avec température respective de 40,6 et 41,6. Le pouls varie entre 120 et 130. L'hémoculture, pratiquée sur le sang prélevé en plein frisson, reste négative.

Les 16 et 17, la température varie entre 38 et 39, mais le pouls reste relativement élevé, en plateau, à 140.

Deux frissons à 40,2 et 40,8.

Le 19, plusieurs frissons avec de grandes oscillations de la température, variant entre 38 le matin et 41,2 le soir ; le pouls, à ce moment, varie entre 100 et 110.

En résumé : l'ensemble des signes cliniques présentés par la malade : la courbe de la température et du pouls, les frissons répétés et d'intensité variable, les hémocultures en série négatives, les signes pulmonaires et les signes locaux dans la zone génitale, nous incitent à porter le diagnostic de thrombo-phlébite utéro-pelvienne suppurée et nous font considérer comme opportune une thérapeutique chirurgicale.

Nous décidons à tenter une ligature de la veine cave inférieure et, éventuellement, des autres veines thrombosées.

Le 20 mars, l'état général de la malade est encore très grave, en raison d'une nuit agitée, de plusieurs frissons de la veille, de la température à 41.

Intervention. (Dr. J. Ravina et M. Pariente, interne du service).

Sous anesthésie générale, au schleich. Laparo-

tomie médiane sus et sous-ombilicale. Utérus petit d'aspect normal, un peu rétroversé. Rien au niveau des annexes, ni des pédicules supérieurs qui sont normaux. La thrombose siège uniquement dans le domaine du pédicule inférieur et de la veine cave inférieure.

Incision verticale du péritoine, un peu à droite de la ligne médiane, au-dessous de la 3^e portion du duodénum. Exploration méthodique des veines hypogastriques et des plexus péri-utérins montre bien la transformation en cordon induré caractéristique de la thrombo-phlébite utéro-pelvienne. La veine cave inférieure, à son origine, est contournée de tissu inflammatoire et épaissie. On remonte donc plus haut, en décollant la 3^e portion du duodénum. La veine cave inférieure est d'aspect normal et paraît saine. On pose à ce niveau deux ligatures au catgut chromique n° 3. Un petit surjet au catgut sur la brèche péritonéale. Parois en trois plans. Crins doubles totaux.

Intervention très bien supportée, aucun choc, pas de douleurs aux membres inférieurs.

10 cc. solu-camphre. Huile camphrée. Sérum glucosé. Chlorhydrate, prostrichnine.

Le lendemain matin, après une nuit calme, la température est à 37,8. Le pouls est bon, à 86. Un léger œdème de la jambe droite. Petite augmentation de l'œdème de la jambe gauche surtout au niveau de la cheville. Même traitement.

Les jours suivants, l'état général reste varia-

ble, la température oscillant entre 37,5 et 38,5. Le pouls est toujours rapide, à 120 et au-dessus. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. Une légère dyspnée attire l'attention sur les poumons. Même état qu'avant.

Le 25 la dyspnée augmente d'intensité. Un point de côté apparaît au niveau de la base gauche. A l'examen, matité de la base gauche localisée en arrière.

Une ponction exploratrice ramène un liquide séro-purulent. L'examen de laboratoire est négatif. On pratique une injection intra-veineuse de 10 cc. d'alcool.

Le 26 mars, insomnie rebelle au gardénal et chloral. Malade très agitée, morphine.

Les deux membres inférieurs sont douloureux, oedématisés. Diarrhée et coliques à la suite d'un lavement purgatif.

La dyspnée est toujours intense ; la malade tousse sans expectorer.

Petite suppuration au niveau d'un crin. A l'examen du pus, staphylocoque. La température varie entre 37 et 38, le pouls reste au-dessus de 100.

Le 30 mars, douleur à la base du thorax gauche.

Dans la nuit du 29 au 30 mars, expectoration muqueuse, striée de quelques filets de sang.

Examen : matité locale à la partie interne de l'hémithorax gauche en arrière. L'examen est diffi-

cile, car la malade éprouve une forte gêne respiratoire avec un peu de toux. Coramine, 30 gouttes.

A partir du 1^{er} avril, la température commence à osciller entre 37,5 et 39 le soir, la courbe du pouls suivant la courbe thermique. Un frisson réapparaît le 7 avril, un autre le 10 avril, avec température respective 39,6 et 40,1.

L'expectoration devient plus abondante, mucopurulente et à l'examen du laboratoire, du 3 avril, on trouve : du pus et du staphylocoque, bacille de Koch négatif.

L'examen des urines : pus en petite quantité, mais d'innombrables coli-bacilles.

Le 10 avril, examen des crachats, pus abondant, très nombreuses bactéries, staphylocoque, streptocoque, antérocoque, catharalis et pneumocoque.

Le 15 avril, crachats franchement sanglants, aérés, mais peu abondants.

Le 17 avril, dans la nuit, crachats hémoptoïques, un demi-verre environ.

Le 18, crachats purulents, 30 grammes environ.

Le 21, le point de côté sous-mammaire gauche persiste. A l'examen du champ pleuro-pulmonaire gauche, on constate : matité hydrique remontant jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate, avec abolition des vibrations à ce niveau. Silence respiratoire, égophonie. On pratique immédiatement

une ponction pleurale qui permet de retirer 750 cm³ de liquide séro-albumineux.

Le 23, dyspnée vive, nouvelle ponction, 50 cm³.

L'examen physique du poumon à gauche, vers le hile souffle cavitair et râles ; en bas, des râles muqueux.

A droite, et en bas, gros râles muqueux avec bruits hydroaériques.

Le 25, l'œdème des membres inférieurs augmente avec prédominance à gauche. Etat pulmonaire stationnaire.

Le 26 avril, changement de service. La malade est transférée dans le service du Pr. Lemaître. La radio montre une image cavitair au niveau du hile droit, à gauche, il semble y avoir un foyer de condensation ; peut-être une autre cavité au niveau du hile.

L'examen : augmentation de l'hémothorax droit. La percussion en avant et à droite nous montre une zone submate de la moitié inférieure, la percussion est douloureuse. Le murmure vésiculaire très diminué, quelques râles sous-crépita disséminés. L'état général très altéré.

Le foie augmenté,

La rate percutable,

L'abdomen légèrement ballonné, constipation résistant aux purgatifs habituels,

Douleurs des membres inférieurs, un œdème

blanc, mou, douloureux, sur la face antérieure des cuisses

Le trajet de la fémorale est douloureux à la palpation à gauche.

Pendant plusieurs jours, la malade continue à cracher entre 30 et 50 gr. par jour ; la température continue à osciller pendant quelque temps entre 37,5 le matin et 39 le soir, pour diminuer en échelons, graduellement.

Si la rémission de la température, presque à la normale est constante dans les derniers jours de son séjour à l'hôpital, l'état général de la malade se trouve très altéré par un œdème qui gagne les membres inférieurs dans leur totalité.

Le 10 mai, malgré notre opposition, la malade quitte l'hôpital dans un état peu satisfaisant ; aussi nous est-il difficile de savoir l'évolution de son état.

[illegible]

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528
--	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1840

CONCLUSIONS

Il résulte de notre étude qu'il existe, parmi les multiples formes anatomo-cliniques de la fièvre puerpérale, une dont la gravité est considérable puisqu'elle aboutit le plus souvent aux embolies, à la pyohémie, à la septicémie et à la mort : c'est la phlébite suppurée des veines utéro-pelviennes avec thrombose consécutive.

Cette forme, comme l'ont bien montré MM. Vanverts et Paucot, Lequeux et Chomé, doit être séparée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, d'une part des phlébites non suppurées, simples ou adhésives, localisées à la zone génitale ou siégeant à distance d'elle, et d'autre part des septicémies et septico-pyohémies puerpérales.

Elle conserve pendant un certain moment un caractère d'infection localisée aux tissus veineux.

La phlébite utéro-pelvienne suppurée est justiciable d'un traitement chirurgical dont le plus indiqué actuellement est la simple ligature veineuse, par voie transpéritonéale après laparotomie médiane.

La ligature doit être portée en aval des lésions, en tissu sain, et, si c'est nécessaire, sur les veines pelviennes les plus volumineuses.

La ligature de la veine cave inférieure dans les cas convenables, est relativement simple, non seulement inoffensive, mais encore efficace.

Le traitement médical est un bon adjuvant du traitement chirurgical, ils doivent agir en concordance et simultanément jusqu'au dernier espoir, ou jusqu'à la guérison complète.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY et BOURSIER. — Précis de gynécologie, Collection Testut, 1925. Traitement chirurgical de l'infection puerpérale, p. 660, T. II.
- P. BAR. — Les embolies pulmonaires pendant les suites de couches. Rev. Gén. de clin. et de thérap., Paris 1910, XXIV, 273-275.
- BEJAN et COHN. — Sur la ligature de la veine cave inférieure. 302-310.
Etude expérimentale. Revue de Chir., Paris 1911, XLIII,
- BIERNBAUM (R.). — Zur Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie. Ein durch Unterbindung der Vena cava inferior gehelilte Fall. — Arch. für Gynak. 10Berlin 1921, CXIV, 535-566.
- BOCQUEL (d'Angers). — Congrès de la Fièvre puerpérale, Strasbourg 1923, In Gynecologie et Obstetrique, 1923, p. 464.
- BOISSARD. — Des phlébites puerpérales et en particulier de leurs différentes modalités et de leurs signes précoces. Semaine médicale, 1901.
- BOUSSEAU (R.). — Contribution au traitement chirurgical des thrombo-phlébites puerpérales. Paris Chirurgical, 1921, 418, 426.
- BUCCURA. — Sur la signification du frisson dans les suites de couches et surtout dans la pyohémie. Monatsch. für Geb. und Gynak. 1908, Bd. XVI, H. 4, p. 705.
- BUMM (E.). — Zur operative Behandlung der puerperalen Pyämie (5 Fälle Unterbindung der Vein. Spermat. und Hypogastr. mit 3 Heilungen. Gesellschaft für Geb. und Gynak. zu Berlin 1904. Oder Berlin Klinik. Woch. 1905, XLIV, 829.
- BUMM. — Die Behandlung der Puerperalfiebers. *Munchner Med. Wochenschrift. 1921, LXVIII, Bd. XI, H. 3.

- CHARBONNEL et ROUX. — A propos d'un cas de septico-pyohémie. post-abortionum. L'opportunité de la voie vaginale ou abdominale. *Gaz. heb. des Sc. Med. de Bordeaux*, 1922. XLII, 370.
- CHASTEL. — Sur la ligature de la veine cave inférieure. Thèse Bordeaux 1909.
- COUVELAIRE. — Les phlébites puerpérales et leur traitement. *Rev. Gyn. de Clin. et Thérap.*, Paris 1913, XXVII, 82-85.
- DANTIN. — Pyohémie puerpérale et vaccinothérapie. *Obst. et Gyn.* 1922, p. 37.
- H. DERICHSVEILER. — Ligation of veins in pyoemia. *Zentralblatt f. Gyn.*, LXVI, 2723-2730, Nov. 5, 1932.
- DURET. — Des pyohémies utérines puerpérales. In *Lec. de Clin. chir.*, Paris Maloine, 1900. IV, 40-53.
- DOLERIS (J.A.). — Traitement intégral de l'infection puerpérale C. R. XVI. Congrès international de médecine, Budapest, 1909, 23^e fasc., p. 555.
- FAIX. — Traitement chirurgical de la pyohémie puerpérale par la ligature des veines du bassin. *Gaz. des Hôp.*, 1907, LXXX, 159-165.
- E. FELS. — Puerperal infection treated by ligation of veins, Freund-Trendelenbourg operation, clinical and experimental study (*Arch. f. Gyn.* 149, 1, 20, 1932).
- E. FELS et H. BETTINGER. — Rare late complication following ligation of vena cava during puerperal pyemia. *Zentral. f. Gyn.*, 54 : 1439-2443, Sept. 27, 1930.
- FROMME (P.). — Ueber die Operation bei der puerperalen Pyämie. *Munchner Med. Wochenschrift*, 1907, 241.
— Eine durch doppelseitige Unterbindung der vena spermatica und hypogastrica geheilte akute puerperale Pyämie. *Munchner Med. Wochenschrift* 1907, LIV, 1059.
- GOLDMANN. — Sur la ligature des gros troncs veineux avec remarques sur le rétablissement de la circulation collatérale. *Beitrag zur Klinische Chirurgie*, 1905, p. 162.
- GOSSET et LECÈNE. — A propos de la ligature brusque de la veine cave inférieure. *Tribune méd.* 1904, p. 213.
- HANNES (W.). — Ligation of veins in therapy of puerperal pyemia; review of literature. *Ber. u. d. gse. Gyn. u. Geburtsh.* 22 : 1-19, May 27, 1932.

- HOCHE. — Thrombose utéro-ovarienne infectieuse avec extension à la veine cave inférieure et le cœur droit. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1902.
- HOVELACQUE. — In Poirier. *Traité d'anatomie humaine*. T. II, Angéiologie.
- HUNTER. — *Œuvres complètes*. Traduction Richelot, T. III, p. 643.
- JEANNIN. — Pathogénie et symptomatologie des phlébites puerpérales. *Ann. Gyn. et Obst.*, Paris 1912, 2^e S., IX, 738-741.
— Les phlébites utéro-pelviennes des femmes en couches. *Paris Méd.*, 1912-1913, IX, 547-552.
- KAPPIS. — Ligation of veins in puerperal infection. *Schweiz. med. Woch.*, 64 : 641-643, July 14, 1934.
- KEHRER. — Ligature veineuse dans la pyohémie puerpérale. *Munch. med. Woch.* n° 28, 14 Juillet 1933.
- KUSTNER (H.). — Behandlung der puerperalen pyämie. *Arch. f. Gyn.*, 153, 359-374, 1933.
- KRAUSHOLD. — Über eine operative Methode zur Bekämpfung beginnender Pyämie. *Arch. chir. klin. chir.*, 1885, 22, 965.
- LEA (A.). — Puerperal venous thrombosis after a normal labour, associated with pyrexia, continuing for five months. *Proc. Royal Soc. Med. London*, 1912-1913, VI. Obst. et Gyn. section, p. 281-284.
- LEJARS. — Chirurgie des gros troncs veineux. *Rapp. au Con.* 1907, p. 538, et 1908, p. 16.
- LEOTTA. — Sulla ligatura delle vene del corpo. *Il Policlinico*, grès franç. de Chir., 1906, 23-54.
- LEQUEUX et CHOMÉ. — Pyohémie puerpérale. Guérison par ligature des veines thrombosées. *Rev. fr. de Gyn. et d'Obst.* Paris 1921, Vol. XVI, 54 et Congrès de la Fièvre puerpérale, Strasbourg, 1903, in *Obst. et Gyn.* 1923, p. 423 et 399.
- LEQUEUX et CHOMÉ. — Pyohémie puerpérale. Opération de Bumm et Trendelenbourg. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 8 Nov. 1920.
- MARTENS (M.). — La ligature des veines dans la pyohémie. *Soc. de Gyn. et d'Obst. de Berlin*, séance du 9 Mai 1930.

- MARTOS. — Spontaneous delivery occurring after ligation of veins for treatment of puerperal sepsis following earlier pregnancy. *Etschr. f. geburtsh. u. Gyn.* 100 : 371-378, 1931.
- MATYAS. — Successful operative treatment of pyemia by ligation of common iliac and internal spermatic veins. *Zentralbl. f. Gyn.* 55 : 1408-1411, April 18, 1931.
- MESTITZ (M.). — Ligation of veins in pyemia. *Ztschr. f. Geburtsh u. Gyn.* 107 : 370-384, 1934.
- MAURER (A.). — Ligature de la veine iliaque primitive gauche pour infection puerpérale. *Bull. et Mém. Soc. chir. Paris* 1924, 343-345.
- MONOD et VANVERTS. — Article phlébites. *Traité de technique opératoire*, Paris I, 410-414.
- MONTANELLI. — Thrombo-phlébite puerpérale septique. *Arch. di Gyn.*, Juin 1906, *Cr. in Obstétrique*, 1907, p. 78.
- MOREAU. — Phlébite suppurée diffuse des veines des membres inférieurs, des veines iliaques et de la veine cave inférieure. Deux Obs. *Progrès Médical*, Paris 1921, 3^e S., XXXVI, 164.
- PERY, MANGE et BOURSIER. — Thrombo-phlébites utéro-pelviques probablement suppurées. Terminaison par guérison spontanée. *Gyn.* 1924, XXIII, p. 545.
- POIRIER. — Oblitération de la veine cave inférieure. *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 543.
- PROUST et MAURER. — Contribution à l'étude de la ligature des veines iliaques internes. *Journ. de Chir.*, Paris 1914; XII, 1, 12.
- PROUST et MAURER. — Ligature de la veine primitive gauche. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 27 Février 1924, 5 Mars 1924, p. 343.
- PURPURA. — Sulla ligatura della vena cava inferiora. *La Riforma medica*, 1901, t. VIII, N° 46, p. 306.
- QUENU. — Innocuité de la ligature des grosses veines. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, p. 426.
- RAIA. — Della ligatura della vena cava. *Gazetta internazionale di Medica pratica*, 1904.

REYNAUD. — Oblitération de la veine iliaque primitive et de la veine cave inférieure. *Journal Hebdomadaire*, 1829.

RICHTER (A.). — Thrombose und embolie im Wochenbet sowie die auf derselben Grundlage beruhenden Lungenerkrankungen der Wocherinnen. *Arch. für Gyn.*, 1905, LXXIV, 102-144.

SCELLENBERG (W.). — La thérapeutique de la pyémie puerpérale par la ligature des veines. *Schweiz. med. Woch. t. LXL*, N° 46, 14 Nov. 1931.

— Therapy of pyemia by ligation of veins. *Zentralbl. f. Gyn.* 56 : 519-523, feb. 27, 1932.

SCHICKELÉ et RIOTTE. — Recherches histologique sur l'infection puerpérale. Congrès de la fièvre puerpérale (Strasbourg 1923). In *Gyn. et Obst.*, 1923, p. 459.

SIREDEY. — Soc. d'Obst. de Gyn. et pédiatrie de Paris. Analyses et comptes rendus parus dans les Annales de Gynécologie, 1905, séances des 8 Mai, 8 Juillet, 3 Nov. 1905. 2° Comptes rendus des séances de la S.O.G.P. de Paris, t. VII, 3°, 4° fasc. mars-avril.

SOMMER (K.). — Time and technic of ligation of veins in puerperal pyemia. *Deutsche med. Woch.* 55, 1790-1793, Oct. 25, 1929.

— Sur la ligature précoce des veines dans la pyohémie et la septicémie. *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, t. 56, N° 4, Janv. 1930.

SPRINGER (A.). — Ligation of iliac veins in pyemia. *Zentralbl. f. Gyn.* 55 : 3063-3069, Oct. 17, 1931.

TRENDELENBOURG. — Über die chirurgische Behandlung der puerperalen Pyämie. *Munch. Med. Wochensch.*, 1902, 513, 516 et :
The surgical treatment of puerperal pyoemia, *J. of the am. med. assoc.*, 1906, XLVII, 81.

VANEY (F.-A.). — Sur la phlébite utérine puerpérale. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1906, 2° s., 449-480, et Thèse de Nancy, 1906.

VANVERTS (J.). — Phlébite puerpérale. Ligature de la veine iliaque externe. *Bull. Soc. of Gyn. de Paris*, 1912-13, LXV, 594-601.

— *Bull. et Mém. Soc. chir. Paris*, 1924, t. I, p. 478-481.

VIMONT. — Oblitération de la veine cave inférieure. Thèse de Paris, 1890.

WAGNER. — Ligation of veins in pyemia. Ztschr. f. Geburtst. u. Gyn. 100 : 358-364, 1931.

ZIELKE. — La ligature veineuse dans la pyémie des extrémités et la thrombo-phlébite envahissante. Der Chir. an. IV, n° 8, 15 Avril 1932.

ZUNTZ. — Un cas de pyémie guéri par ligature veineuse. Deutsch. Med. Woch. n° 40, 2 Oct. 1931, p. 1707.

— Un cas de pyohémie guéri par ligature veineuse. Soc. de Gynécol. et d'Obst. de Berlin, séances des 24 Avril, 8 Mai, 12 Juin, 26 Juin 1931, in La Gynécologie, Janvier 1933.

